

Citation for published version:

Klein, M 2020, Diagnostik in der Drogensuchtbehandlung im Vereinigten Königreich Grossbritannien und Nordirland: Ein Überblick. in R Hansjürgens & F Schulte-Derne (eds), *Soziale Diagnostik in der Suchthilfe – Leitlinien und Instrumente für Soziale Arbeit*. Göttingen, Germany, pp. 125-137. <<https://www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com/themen-entdecken/paedagogik-soziale-arbeit/sozialpaedagogik/55689/soziale-diagnostik-in-der-suchthilfe>>

Publication date:
2020

Document Version
Peer reviewed version

[Link to publication](#)

University of Bath

Alternative formats

If you require this document in an alternative format, please contact:
openaccess@bath.ac.uk

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

10. Diagnostik in der Drogensuchtbehandlung im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland: Ein Überblick

Maike Klein

PhD Kandidatin, Addiction and Mental Health Group (AIM), Department of
Social and Policy Sciences, University of Bath, United Kingdom

Informationen über die Drogensuchtsituation im Vereinigten Königreich (UK) werden regelmäßig dem European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) mitgeteilt, welcher als zentrale Anlaufstelle der Europäischen Drogensucht-Politik und -Behandlung dient (Crawford et al. 2017). Der kürzlich veröffentlichte European Drug Report (2019) zeigt, dass Opiate und speziell Heroin weiterhin Europas Gesundheit, Sicherheit und Ökonomie gefährden. Der Report weist auch darauf hin, dass die Behandlungsaufnahmen für Menschen mit Crackmissbrauch drastisch zugenommen haben. So gilt das UK derzeit als europäisches Land, „[...] das mit dem Crackmissbrauch am meisten in Verbindung gebracht wird“ (ebd. S. 14). Dieser Befund spiegelt sich in aktuellen nationalen Statistiken wider, die zeigen, dass im UK der Tod durch Überdosis ein Rekordhoch erreicht hat (National Records of Scotland 2019).

Vor diesem Hintergrund sind effiziente Behandlungsweisen und die Verwendung von angemessenen diagnostischen Instrumenten umso wichtiger. Daher wird sich dieses Kapitel mit der Behandlung von Drogensuchterkrankungen und den dabei verwendeten diagnostischen Instrumenten im UK befassen. Es wird zuerst dargelegt, in welcher Weise die Behandlung der Drogensuchterkrankung im UK angeboten wird, wer sie anbietet und wie diese Behandlungen im Allgemeinen strukturiert sind. Anschließend wird das Kapitel einen Überblick von relevanten Behandlungsrichtlinien vermitteln, um zu markieren, was von den

Drogensuchtbehandlungsanbietern im UK erwartet wird. Zuletzt wird geschildert, welche wesentliche Instrumente in der Drogensuchtbehandlung im UK angewendet werden, um Diagnostik von drogensuchterkrankten Patienten*innen zu ermöglichen.

10.1 Struktur der Drogensuchtbehandlung im UK

Drogen- und Alkohol-Behandlungs-Dienstleistungen im UK umfassen solche auf Basis gemeindlicher Anordnungen, psychosoziale Interventionen, ambulante Tagesprogramme und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen (EMCDDA 2019). Zusätzlich werden den suchterkrankten Patienten*innen Nachbetreuung zur Rückfallprävention, Behandlung und das Testen auf das Hepatitis B Virus (HBV), auf das Hepatitis C Virus und das Humane Immundefizienz-Virus (HIV) angeboten. Öffentliche auf Drogenbehandlung spezialisierte Zentren sind die häufigsten Dienstleistungsanbieter im UK (EMCDDA 2019). Nahezu jede*r suchterkrankte Patient*in erhält entweder vor oder nach stationärer Rehabilitation eine ambulante Behandlung. Darüber hinaus werden unterschiedliche Arten der Suchtbehandlung auch in Gefängnissen angeboten. Die häufigste Behandlungsart im UK sind die Opioid-Ersetzungs-Behandlungen (Opioid Substitution Treatment - OST). OST wird hauptsächlich in spezialisierten Ambulanten-Sucht-Beratungs- und -Behandlungsstellen angeboten und beinhaltet die Verabreichung und die Einnahme von Methadon, Naltrexon und Buprenorphin, jeweils in oraler Form. Jedoch müssen Ärzte*innen im UK hierzu eine gültige Lizenz besitzen (NHS National Prescribing Centre 2009).

Auf Suchterkrankungen spezialisierte Dienstleistungen werden vom National Health Service (NHS; z.B. Entgiftung im Krankenhaus) und dem dritten Sektor (z.B. stationäre Rehabilitation) gemeinsam zur Verfügung gestellt. Wie aus Abbildung 10.1 ersichtlich wird, sind Allgemeinärzte*innen (GPs) im Rahmen der Erstversorgung, bei der gelegentlich auch Drogensuchtbehandlung angeboten wird, die erste Kontaktstelle für drogensuchterkrankte Personen. In den Fällen, in denen der/die GP nicht in der Lage ist, eine solche Behandlung zu leisten, oder, in denen die Suchtprobleme schwerwiegender sein sollten (z.B. Drogensucht und begleitende psychologische Erkrankungen), wird die drogensuchterkrankte Person an spezialisierte Suchtberatungsstellen verwiesen. Solche Beratungsstellen werden oftmals von Suchtpsychiatern*innen oder GPs, die

sich auf Suchterkrankungen spezialisiert haben, geleitet. Diese sind für das Testen, Diagnostizieren und Behandeln (z.B. Verschreiben von Methadon) der Erkrankten verantwortlich (British Medical Association 2013). Dabei geben leitende Mitarbeitende oftmals praktische Unterstützungen z.B. durch Rückgriff auf öffentliche Einrichtungen (z.B. auf Wohnungsämter oder auf Arbeitsagenturen) oder auf psychosoziale Interventionen, die die drogensuchterkrankten Menschen in die Lage versetzen sollen, Bewältigungsstrategien zur Rückfallprävention aufzubauen (Marsden et al. 2009). Hierzu wird GPs und Psychiatern*innen empfohlen, die sowohl von dem Royal College of Psychiatrists und von dem Royal College of Practitioners (2012) wie auch von dem General Medical Council (2009) herausgegebenen *klinischen Richtlinien* zu befolgen.

[Abbildung 10.1 bitte hier einfügen]

Abb. 10.1 Struktur des UK-Drogensuchtbehandlungssystems, adaptiert von Kalk et al. 2017 (S. 185)

Traditionell ergänzten sich die gesetzlichen und die Drittsektor-Drogensuchtbehandlungsstellen, wobei die gesetzlichen Behandlungsstellen stationäre Entgiftungen und anderweitige medizinische Behandlungen anboten, während sich die Behandlungsstellen des dritten Sektors auf die Nachbetreuung und psychosoziale Interventionen ausrichteten (Turner 2005). Jedoch änderte sich dies mit dem Health and Social Care Act 2012, wonach lokalen Behörden (Regierungsabteilungen zuständig für lokale Bezirke) die Verantwortung für Drogensuchtbehandlung in England übertragen wurde. In Schottland ist diese Verantwortung den lokalen Gesundheitsboards zugeteilt worden, während in Wales öffentliche Sicherheitspartnerschaften dafür zuständig geworden sind. In Nordirland sind Drogen-und-Alkohol-Teams verantwortlich geworden (McGrail 2014). Dieser Wechsel in Struktur und Beauftragung rief viel Kritik von Wissenschaftlern*innen und Experten*innen hervor (Mohammadi 2014) und veranlasste Bhui, Byrne, Goslar und Sinclair (2019) zu deklarieren: „*We are in the midst of a crisis in the organisation and delivery of addictions services in the UK*“ (S.1).

Da nun Regierungsabteilungen für die Finanzierung und Beauftragung von Drogensuchtbehandlungsstellen verantwortlich geworden sind, binden sie diese oftmals an unrealistische Behandlungsergebnisse (z.B. kürzere

Wartezeiten oder die Anzahl der entlassenen Patienten*innen), da sie die lokalen Anforderungen und Gestaltungsprinzipien nur begrenzt verstehen.

Dies führt zu zwei grundsätzlichen Konsequenzen:

- die Regierung fordert überzogene Resultate von NHS Behandlungsstellen ein und erwartet zudem den Standard der NHS Dienste auch von den Behandlungen des dritten Sektors
- eine finanzielle Verminderung von über 30%-der gemeindlichen Suchtbehandlungen (Drummond 2007).

Das Ergebnis: mehrere Drogensuchtbehandlungsstellen mussten schließen (The Guardian 2017; Independent 2019), was dazu führte, dass die übrig gebliebenen Behandlungsstellen nur mangelnde Ressourcen zur Behandlung suchterkrankter Menschen zur Verfügung hatten. Critchlow und Bargiotas (2019) beschreiben, dass dieser Umstand auch die Behandlung von Patienten*innen mit schwerwiegenden psychischen und suchtspezifischen Erkrankungen etwa in einem psychiatrischen Krankenhaus einschränkt. Zudem weisen Critchlow und Bargiotas (2019) darauf hin, dass sich *die Mentalität* in stationären und ambulanten Suchtbehandlungsstellen geändert hat: Personen mit dualen psychischen und suchtspezifischen Erkrankungen werden zuerst zu den Drogensuchtbehandlungsstellen geschickt in der Hoffnung, dass mit einer vorrangigen Suchtbehandlung ihre mentalen gesundheitlichen Beschwerden aufgehoben werden.

Insgesamt ist demzufolge festzustellen, dass der Standard der Drogensuchtbehandlungen im UK gesunken ist. Daher sind effiziente drogenpolitische und klinische Richtlinien, einschließlich Diagnostik, von besonderer Bedeutung.

10.2 Drogenpolitische und klinische Richtlinien

Drogenpolitische Richtlinien regeln Sachverhalte zu illegalen Substanzen in einer bestimmten Nation (Babor et al. 2018). Im UK umfassen Drogengesetze den *Misuse of Drugs Act* 1971 und den *Psychoactive Substances Act* 2016 aus. Zudem folgt jede Teilnation (Schottland, Wales und Nordirland) ihren eigenen Drogenstrategien und Drogensuchtbehandlungssystemen (Stevens/Zampini 2018). Solche Drogenstrategien setzen den Standard für den

Drogensuchtbehandlungsbetrieb, während klinische Richtlinien, wie z.B. die *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (Department of Health and Social Care 2017) und die des National Institute for Health and Care Excellence (NICE), in der Praxis verwendet werden. Dieser Abschnitt wird zuerst die Entwicklung der nationalen Drogenstrategien im UK darstellen. Anschließend folgt eine kurze Zusammenfassung der aktuellen Drogenstrategien von Schottland, Wales und Nordirland. Folgend wird ein Kurzüberblick zu den aktuellen klinischen Richtlinien.

10.2.1 Entwicklung der Drogenstrategie im Vereinigten Königreich

Das behördliche und das öffentliche Verständnis für drogensuchtspezifische Probleme ist jeweils von den politischen Tagesordnungen der 1980er Jahre beeinflusst worden. Buchanan und Young (2000) führten aus, dass Drogen- und Alkohol-suchterkrankte Menschen in zweierlei Hinsicht typisiert worden waren: „Einerseits danach trachtend, ihre Mitmenschen zu üblen Verhaltensweisen zu veranlassen und andererseits als Gefährdete, selbst in problematischen Drogenkonsum verwickelt zu werden“ (S. 413). Als Folge hiervon wurden Drogen- und Alkohol-suchterkrankte Menschen in der öffentlichen Wahrnehmung häufig entweder als Kriminelle oder als Opfer angesehen.

Politische Kampagnen wie beispielsweise ‘Just say No to Drugs’ (Präsident Nixon, USA) und ‘Heroin Screws You Up’ (Prime Minister Thatcher, UK), führten zu dem Verständnis, dass problematischer Drogenkonsum eine individuelle Entscheidung sei. Diese eher auf ein Verbot des Drogenkonsums hinauslaufende Auffassung veränderte sich jedoch in den späten 1980er Jahren mit der Herausgabe der ersten Drogenstrategie im UK, als staatliche Reaktion auf den mit der Verbreitung von HIV/AIDS festgestellten allgemeinen Gesundheitsnotzustand (siehe Advisory Council of the Misuse of Drugs 1988). Da diese Verbreitung die öffentliche Gesundheit stark gefährdete, forcierte die Regierung des UKs entsprechende Drogensuchtbehandlungsdienste. Das Leistungsangebot beinhaltete insbesondere auch Methadonverordnungen sowie die Ausgabe von sanitären Nadeln und Spritzen.

Diesem ‘harm reduction’-Ansatz wurde in den Drogenstrategien des UKs zwischen 1997 und 2010 gefolgt (Strang 2012). Dies änderte sich jedoch im Jahre 2010 mit der Neuausrichtung der *Abstinenzstrategie* durch die

Regierung (HM Government 2010; HM Government 2012). Diese beruhte nach McKeganey, Russell und Cockayne (2013) darauf, dass die betroffenen Patienten*innen wegen der Verordnungen zunehmend abhängig geworden seien, etwa von Methadon. Seitdem haben sich Drogenstrategien des UKs, einschließlich die von 2017, auf Abstinenz fokussiert (Middleton, MCGrail/Stringer 2016).

10.2.2 Nationale Drogenstrategien

Die *UK 2017 Drug Strategy* (HM Government 2017) begegnet illegalen Drogensuchtproblemen mit zwei übergeordneten Zielsetzungen: Verminderung des illegalen Drogenkonsums und Erhöhung der Genesungsanzahl drogenabhängiger Patienten*innen. Diese Ziele werden durch vier Schlüsselthemen unterstützt: 1) Drogenbedarf reduzieren, 2) Grenzkontrollen verschärfen, um Drogenlieferungen zu vermindern, 3) Genesungsstrategien verstärkt aufbauen und 4) global agieren. Innerhalb dieser Strategien beziehen sich die Teilbereiche der *Gesundheit, Bildung, Wohnungsbau und Sozialpflege* auf England, die der *Polizei und des Strafrechtssystems* auf England und Wales, und für die Aufgaben der Abteilung für *Arbeit und Rente* sind England, Wales und Schottland zuständig. Eine Reihe von Befugnissen sind Wales, Schottland und Nordirland übertragen, die überdies auch eigenen Strategien und Maßnahmeplänen folgen.

Die aktuelle Drogenstrategie für Wales, *Working Together to Reduce Harm: The Substance Misuse Strategy for Wales 2008-18* (Welsh Assembly Government 2008) verfolgt vier Hauptziele: 1) Schadensvorbeugung, 2) Verbessern der Gesundheit und Genesung aufrechterhalten, 3) Unterstützung und Sicherheit für Familien und 4) Lieferbarkeit von Drogen durch verstärkte Vollstreckungsmaßnahmen einschränken. Diese Strategie fokussiert sich speziell auch auf harm-reduction, sowie auf das Belehren junger Leute über die potentiellen Gefahren und Schäden, die durch den Drogenmissbrauch entstehen (Welsh Assembly Government 2008). Zudem betont die Strategie auch die Unterstützung und Belehrung von Familienangehörigen.

Schottlands Drogenstrategie, *Rights, Respect and Recovery: Alcohol and Drug Treatment Strategy* (Scottish Government 2018) bezieht sich hauptsächlich auf die Verminderung der Verbindung zwischen Kriminalität und Drogenmissbrauch. Diese Strategie betont eine Genesung, die den Menschen bewusst in den Mittelpunkt stellt. Zusätzlich wird die Weiterentwicklung von *'recovery-oriented systems of care'* angestrebt. So

soll erreicht werden, dass die Drogenkonsumenten ihre „eigene Art der Genesung finden“ (ebd. S. 5).

Nordirland's Strategie, *New Strategic Direction for Alcohol and Drugs Phase 2* (Department of Health 2018) wurde 2011 eingeführt und zuletzt 2018 überprüft. Das Strategieziel besteht in der „Verminderung des Niveaus von alkohol- und drogenspezifischen Schäden“ (S. 7). Die Strategie versucht dies mit Hilfe von vermehrtem Zugriff auf medikamentöse Behandlung (z.B. mit Naloxon) zu erreichen, sowie mit vermehrter Aufklärung der Öffentlichkeit über die schädlichen Konsequenzen von Drogen- und Alkoholabhängigkeit.

Die Strategie sieht weiterhin vor, dieses Ziel durch die Erfassung des Drogen- und Alkoholkonsumtrends bei jungen Leuten zu erreichen, etwa durch Unterstützung und Aufklärung der Familienangehörigen oder mit Hilfe von Kompetenztraining (z.B. für Suchttherapeuten*innen, Mediziner*innen, Sozialarbeiter*innen und für andere in der Drogensuchtbehandlung tätigen Mitarbeiter*innen).

10.2.3 Klinische Richtlinien

Die klinischen Richtlinien für Drogensuchtbehandlung wurden 2007, in Kooperation zwischen des National Institute for Clinical Excellence (NICE), der National Treatment Association for Substance Misuse (NTA) und den vier Gesundheitsministerien der UK etabliert und 2017 aktualisiert. Diese Richtlinien sollen aber nicht „die konkreten Behandlungsarten diktieren [...], sondern vielmehr die Behandlungsdienstleistungen des Klinikfachpersonals effektiv unterstützen im Sinne einer geeigneten Ausgewogenheit der durchgeführten Maßnahmen“ (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence 2017, S. 5).

Mit der Bezeichnung Klinikfachpersonal sind hier Psychiater*innen, Mediziner*innen, Sozialarbeiter*innen, Krankenschwestern und andere Mitarbeiter*innen gemeint, die suchtspezifische Maßnahmen leisten können. Regelmäßig werden diese Richtlinien im Hinblick auf den neuesten Stand der Drogensuchtbehandlungen aktualisiert. Jedoch beschränken sie sich nicht nur auf das Einschätzen der Behandlungsbedürfnisse und -arten, sondern auch auf die Genesung nach der Behandlung (z.B. auch auf andere soziale Bedürfnisse, wie etwa die Erlangung von Sozialleistungen).

Zusammengefasst stellen die nationalen Drogenstrategien des UKs einen Leitfaden dar, für die unterschiedlichen Aspekte in der

Drogensuchtbehandlung. Darüber hinaus liefern die klinischen Richtlinien auch einen Anhaltspunkt für die Tätigkeit des Klinikfachpersonals in der Suchtprävention und Behandlung. Im Zusammenhang mit den oben genannten Eindrücken des Drogensuchtbehandlungssystems im UK könnten diese Drogenstrategien jedoch als anspruchsvoll gelten.

Eine Diskrepanz zwischen den Praktikern*innen und den politischen Entscheidungsträgern*innen, oder zwischen dem, was in den Drogensuchtbehandlungsstellen tatsächlich geschieht und was von ihnen erwartet wird, bleibt allerdings erhalten. Um diese Diskrepanz zu reduzieren, haben sich Drogensuchtextperten*innen auf die Entwicklung von passgenauen und effektiven Diagnose Instrumenten konzentriert.

10.3 Diagnose Instrumente in der Drogensuchtbehandlung

Die *International Classification of Diseases* (ICD-10) bleibt weltweit das meist genutzte Einstufungssystem für psychische Erkrankungen (Reed et al. 2019). Die ICD-10 wird im UK von suchtspezifischem Klinikfachpersonal verwendet. Darüber hinaus verweist dieses auch auf eine Reihe anderer Diagnose Instrumente, wie z.B. auf den *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*, den *Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ)* und die *Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS)*.

AUDIT wurde von Barbor, de la Fuente, Saunders und Grant (1992) entwickelt, um nach alkoholgefährdeten oder alkoholabhängigen Menschen zu screenen. Die Autoren (Babor et al. 1992) erhofften sich mit diesem Instrument insbesondere die Unterscheidung der Menschen, die gefährdet sind, von denen, die schon Abhängigkeit entwickelt haben (Reinert/Allen 2002). Der AUDIT beurteilt die Klienten*innen nach drei Kategorien: 1) aufgenommene Menge von Alkohol, 2) Abhängigkeit und 3) negative Konsequenzen.

Zudem können Fragen dieser Kategorien, wie z.B. 'Wie oft erlebten Sie im letzten Jahr Schuldgefühle oder Reue nachdem Sie Alkohol konsumiert haben?' (AUDIT, Frage 7; Babor et al. 1992) dem/der Suchtarbeiter*in dazu dienen, eine Kurz-Intervention mit dem/der Klienten*in durchzuführen. Der AUDIT-C ist eine gekürzte Version des AUDIT und beinhaltet nur die ersten drei Fragen der vollen Version. Obwohl Studien empfehlen, dass der AUDIT

Test mit Rücksicht auf Kultur, Geschlecht und Alter weiterentwickelt werden sollte, bleibt er dennoch ein zuverlässiges, praktisches und gültiges Screening Instrument für Menschen, die unter problematischem Alkoholkonsum und/oder -sucht leiden (Reinert/Allen 2002).

Ein weiteres, in den Drogensuchtberatungs- und -behandlungsstellen im UK häufig verwendetes Instrument ist der SADQ, der von Stockwell, Murphy und Hodgson (1983) entwickelt wurde. SADQ wird speziell verwendet, um die Schwere der Alkoholabhängigkeit zu beurteilen. Da dieses Instrument hauptsächlich für Menschen, die unter Alkoholabhängigkeit leiden geeignet war, haben ihn die Autoren zum SADQ-C weiterentwickelt. Dieser ermöglicht, auch Menschen, die an leichter bis gemäßigter Alkoholabhängigkeit leiden, zu erfassen (Stockwell/Sitharthan/McGrath/Lang 1994). Ein drittes, häufig verwendetes, Instrument ist die COWS, die von Wesson Ling und Jara (1999) entwickelt wurde, um die Schwere von Opioid Entzug Symptomen und damit von Opioidabhängigkeit zu bewerten. Diese Skala lässt sich schnell und leicht im Rahmen der stationären, als auch der ambulanten Behandlung verwenden (Wesson/Ling 2003).

Diese Instrumente ermöglichen dem suchtspezifischen Klinikfachpersonal die Substanzmissbrauchslage des/der Klienten*in einzuschätzen und passgenaue Interventionen einzuleiten. Behandlungsergebnisse werden, wie bereits beschrieben, regelmäßig evaluiert, um den von den lokalen Behörden gesetzten Qualität Standards zu entsprechen.

Um solch eine Qualität in den UK-Suchtbehandlungsstellen zu evaluieren, wird häufig das *Treatment Outcome Profile (TOP)* verwendet, das von John Marsden et al. (2008) entwickelt wurde. Die Überwachung von Behandlungsergebnissen in Suchtbehandlungsstellen wurde zuerst in den USA eingeführt (Institute of Medicine 1990) und nachdem das *National Drug Treatment Monitoring System* (NDTMS) im Jahr 2002 im UK etabliert war, auch hier angewandt. 2006 forderte die *English National Treatment Agency* (NTA), dass dieser Evaluationsprozess auch *Verhaltensresultate* berücksichtigen möge, was sich anschließend in der Entwicklung des TOP Instruments niederschlug. Wie Abbildung 10.2 zeigt, besteht das TOP aus zwanzig Punkten, die sich auf Drogenkonsum, Gesundheit, Kriminalität und

soziales Wohlergehen (z.B. Umgang mit Familie oder Lebenssituationen) beziehen.

[Abbildung 10.2 bitte hier einfügen]

Abb. 10.2 Treatment Outcomes Profile (TOP) Instrument (Public Health England 2019)

Angesichts der Tatsache, dass die Genesungsphase die Zeit in einer strukturierten Behandlung verlängern kann, haben Neale et al. (2016) den *Substance Use Recovery Evaluator (SURE)* entwickelt: ein Instrument, das sich auf die Genesung von Drogensüchterkrankung ausrichtet. SURE ist mit der Hilfe und den Ansichten von drogensüchterkrankten Menschen sowie Suchttherapeuten*innen entwickelt worden. Dies hatte unter anderem eine benutzerfreundliche Sprache zur Folge. Deshalb kann SURE sowohl von Frontmitarbeitern*innen (etwa als Evaluation im Kontext der Behandlung) als auch von Patienten*innen (z.B. als Reflexion) verwendet werden (Neale et al. 2016). SURE umfasst 21 Punkte (siehe Abbildung 10.3): sechs zur Bewertung des Substanzmissbrauchs, drei beziehen sich auf materielle Ressourcen, weitere drei Punkte bewerten die Lebensaussichten, fünf thematisieren die Selbstvorsorge und weitere vier die sozialen Beziehungen.

[Abbildung 10.3 bitte hier einfügen]

Abb. 10.3 Auszug des SURE Instruments

SURE sei nach Neale et al. (2016) sogar in der Lage, die Qualität und Kosteneffizienz von Interventionen und Beratungsstellen zu verbessern.

Die Grundlage hierfür sei:

- das partizipative Verfahren (d.h. der Einbezug der Klienten*innen in die Entwicklung und regelmäßige Evaluierung des diagnostischen Instruments)
- die Anerkennung der facettenreichen Genesungsphase (z.B. nicht nur Kategorisierung in ‚drogenfrei oder nicht drogenfrei‘, sondern auch der Einbezug von neuen Lebensumständen – etwa neue Beschäftigungsmöglichkeiten, usw.).

SURE könnte somit dazu beitragen, insbesondere die zu verteilenden finanziellen Mittel den betroffenen Behandlungseinrichtungen passgenauer zuzuweisen.

10.4 Zusammenfassung

Dieses Kapitel vermittelte einen Einblick in den UK-Drogensuchtbehandlungs-Kontext. Die Struktur der ambulanten und stationären Drogensuchtbehandlung im UK ist dargelegt worden. Dies offenbarte, dass mehrere historische und politische Faktoren die Qualität und Flexibilität von Drogensuchtbehandlungsstellen beeinflussen. Überdies ist eine Lücke erkennbar geworden: eine Lücke zwischen den Frontarbeitern*innen (z.B. Suchttherapeuten*innen), die das in der Praxis umzusetzen haben, was die lokalen Behörden für ihre Zielerreichungen verlangen und den lokalen Behörden, die entscheiden, welche Behandlungsstellen weiterhin finanziell gefördert werden. Anschließend sind die aktuellen, nationalen Drogenstrategien des UKs und die klinischen Richtlinien dargelegt worden. Zuletzt sind die in der Praxis am häufigsten verwendeten diagnostischen Instrumente aufgezeigt und kurz skizziert worden. Abschließend hat dieses Kapitel hervorheben können, dass das Verwenden von geeigneten diagnostischen Instrumenten größere Auswirkungen haben könnte als vielleicht bisher vermutet. Obwohl es den lokalen Regierungsbehörden am Verständnis von den Bedürfnissen der drogensuchterkrankten Menschen zu mangeln scheint, sind diese letztendlich verantwortlich dafür, welche Suchtbehandlungsstellen weiterhin finanziert und unterstützt werden. Diese Entscheidungen werden ihrerseits wiederum von 'positiven' Behandlungsergebnissen beeinflusst.

Geeignete soziale Diagnostik, wie z.B. SURE, kann solche positiven Resultate bewirken.

Literaturverzeichnis

- Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD), 1988. *AIDS and Drug Misuse, Part 1*. London: HMSO.
- Anonymous, 2017. Drug addiction isn't going away so why are treatment centres being slashed? The Guardian. [Available at: <https://www.theguardian.com/public-leaders-network/2017/mar/11/drugaddiction-alcohol-treatment-local-authority-funding-cuts>].
- Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J, Grant M (1992). *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care* (WHO Publication No. 92.4). World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D., Humphreys, K., Medina-Mora, M.E., Obot, I., Rehm, J., Reuter, P., Room, R. and Rossow, I., 2018. *Drug Policy and the Public Good*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- British Medical Association, 2013. The role of healthcare professionals. In *Drugs of dependence: The role of medical professionals*. London: British Medical Association.
- British Medical Association, 2013. Drug policy in the UK: From the 19th century to the present day. In *Drugs of dependence: The role of medical professionals*. London: British Medical Association.
- Bhui, K.S., Byrne, P., Goslar, D. and Sinclair, J., 2019. Addiction care in crisis: evidence should drive progressive policy and practice. *The British Journal of Psychiatry*, pp.1-2.
- Crawford, C., Clare, T., Sharpe, C. and Wright, C., 2017. United Kingdom drug situation: Focal point annual report 2017. London: Public Health England
- Critchlow, G. and Bargiotas, T., 2019. Substance misuse disorders on the psychiatric ward. *Oxford Textbook of Inpatient Psychiatry*, p.115.
- Department of Health and Social Care, 2017. *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management*. London: Department of Health and Social Care.
- Department of Health, 2018. *New strategic direction for alcohol and drugs phase 2: 2011-2016*. Belfast: Department of Health.
- Drummond C., 2017. Cuts to addiction services area false economy. *BMJ* 2017, pp. 1-2.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2019: United Kingdom Country Drug Report 2019. [Available at: http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/united-kingdom/treatment_en].
- Ford, C., Nutt, D., Eastwood, N., Gold, D., Jolly, J., Murphy, F., Halliday, K. and Bridge, J., 2017. Is the UK's 2017 drug strategy fit for purpose?. *BMJ*, 358, p.j4405.
- Gabbatiss, J., 2019. UK facing 'addiction crisis' as councils cut funding for treatment while alcohol-related deaths soar'. The Independent. [Available at: <https://www.independent.co.uk/news/health/alcohol-deaths-council-funding-cuts-drug-addiction-services-austerity-jonathan-ashworth-a8772301.html>]
- HM Government, 2010. Reducing demand, restricting supply, building recovery: Supporting people to live a drug free life. London: HH Government.
- HM Government, 2012. Putting full recovery first: The recovery roadmap. London: HM Government.

- HM Government, 2017. *Drug strategy 2017*. London: HM Government.
- Institute of Medicine, 1990. *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Washington, DC, USA: National Academy.
- Kalk, N.J., Robertson, J.R., Kidd, B., Day, E., Kelleher, M.J., Gilvarry, E. and Strang, J., 2018. Treatment and intervention for opiate dependence in the United Kingdom: Lessons from triumph and failure. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 24(2), pp.183-200.
- Marsden, J., Farrell, M., Bradbury, C., Dale-Perera, A., Eastwood, B., Roxburgh, M. and Taylor, S., 2008. Development of the treatment outcomes profile. *Addiction*, 103(9), pp.1450-1460.
- Marsden, J., Eastwood, B., Bradbury, C., Dale-Perera, A., Farrell, M., Hammond, P., Knight, J., Randhawa, K., Wright, C. and National Drug Treatment Monitoring System Outcomes Study Group, 2009. Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine addiction in England: A prospective, in-treatment cohort study. *The Lancet*, 374(9697), pp.1262-1270.
- McKeganey, N., Russell, C. and Cockayne, L., 2013. Medically assisted recovery from opiate dependence within the context of the UK drug strategy: Methadone and Suboxone (buprenorphine–naloxone) patients compared. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(1), pp.97-102.
- Middleton, J., McGrail, S. and Stringer, K., 2016. Drug related deaths in England and Wales. *BMJ* 2016, pp. 1-2.
- Mohammadi, D., 2014. Addiction services in England: in need of an intervention. *The Lancet Psychiatry*, 1(6), pp.421-422.
- Neale, J., Vitoratou, S., Finch, E., Lennon, P., Mitcheson, L., Panebianco, D., Rose, D., Strang, J., Wykes, T. and Marsden, J., 2016. Development and validation of ‘SURE’: A patient reported outcome measure (PROM) for recovery from drug and alcohol dependence. *Drug and alcohol dependence*, 165, pp.159-167.
- NHS National Prescribing Centre, 2009. A guide to good practice in the management of controlled drugs in primary care (England). Liverpool: National Prescribing Centre.
- Reed, G.M., First, M.B., Kogan, C.S., Hyman, S.E., Gureje, O., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D.J., Maercker, A., Tyrer, P. and Claudino, A., 2019. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1), pp.3-19.
- Reinert, D.F. and Allen, J.P., 2002. The alcohol use disorders identification test (AUDIT): A review of recent research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(2), pp.272-279.
- Scottish Government, 2018. Rights, respect and recovery: Alcohol and drug treatment strategy. Edinburgh: Scottish Government.
- Stevens, A. and Zampini, G.F., 2018. Drug policy constellations: A Habermasian approach for understanding English drug policy. *International Journal of Drug Policy*, 57, pp.61-71.
- Stockwell, T., Murphy, D. and Hodgson, R., 1983. The severity of alcohol dependence questionnaire: its use, reliability and validity. *British journal of addiction*, 78(2), pp.145-155.
- Stockwell, T., Sitharthan, T., McGRATH, D. and Lang, E., 1994. The measurement of alcohol dependence and impaired control in community samples. *Addiction*, 89(2), pp.167-184.
- Strang J., 2012. Medications in recovery: Re-orientating drug dependence treatment. National Treatment Agency. [Available at: <http://www.nta.nhs.uk/uploads/medications-in-recovery-main-report3.pdf> 6].
- Turner, D., 2005. The development of the voluntary sector: No further need for pioneers? In Strang, J. and Gossop, M. (Ed.), *Heroin addiction and the British system*. Oxford: Routledge.
- Welsh Assembly Government, 2008. *Working together to reduce harm. The substance misuse strategy for Wales 2008- 2018*. Cardiff: Welsh Assembly Government.
- Wesson, D.R. and Ling, W., 2003. The clinical opiate withdrawal scale (COWS). *Journal of psychoactive drugs*, 35(2), pp.253-259.
- Wesson, D., Ling, W. and Jara, G., 1999. Buprenorphine in pharmacotherapy of opioid addiction: Implementation in office-based medical practice. Translating the experience of clinical trials into clinical practice. *Newsletter of the California Society of Addiction Medicine*, 25(3).
- World Health Organization (1992). ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva: World Health Organization.